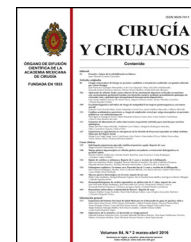




CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Hidatidosis peritoneal diseminada manifestada como isquemia intestinal

Enrique Rosales-Castañeda, José Luis Martínez-Ordaz*,
Alicia Estrada-Castellanos y Luz María Gómez-Jiménez

Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Recibido el 4 de febrero de 2016; aceptado el 23 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Hidatidosis
peritoneal;
Equinococosis;
Isquemia intestinal

Resumen

Antecedentes: La enfermedad hidatídica o equinococosis es una enfermedad endémica en los países del Mediterráneo, Australia, Asia, África, América del Sur y Canadá. Dentro de sus complicaciones, la ruptura intraperitoneal es una presentación rara, con síntomas altamente variables. El tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes es la cirugía, agregando tratamiento médico adyuvante.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con hidatidosis peritoneal diseminada manifestada con isquemia intestinal.

Caso clínico: Hombre de 50 años de edad que fue ingresado al servicio de Emergencias con historia de dolor abdominal crónico que empeoró en las últimas 24 h. En la exploración física mostró signos de sepsis y fue sometido a cirugía, donde se encontró una isquemia intestinal condicionada por una hidatidosis peritoneal diseminada, la cual generó retracción del mesenterio. Se realizó una resección intestinal con una ileostomía terminal. Los resultados de la biopsia de las lesiones quísticas fueron de equinococosis peritoneal diseminada. Se comenzó con tratamiento médico a base de albendazol y praziquantel.

Conclusión: Este caso nos muestra una presentación rara de hidatidosis peritoneal diseminada la cual condicionó una isquemia intestinal.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Cuauhtémoc 330, 3.º piso. Colonia Doctores, C.P. 06725. Del. Cuauhtémoc. Ciudad de México, México.
Tel.: +52 55 5627 6900, ext. 21436.

Correo electrónico: jlmo1968@hotmail.com (J.L. Martínez-Ordaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.08.006>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Peritoneal
hydatidosis;
Echinococcosis;
Intestinal ischemia

Disseminated peritoneal hydatidosis manifested as intestinal ischaemia

Abstract

Background: The hydatid disease, or echinococcosis, is endemic in Mediterranean countries, as well as in Australia, Asia, Africa, South America, and Canada. Among its complications is intra-peritoneal rupture, a rare form of presentation, with highly variable symptoms. The treatment of choice is surgery plus adjuvant medical treatment in most patients.

Objective: A case is presented of a patient with disseminated peritoneal hydatidosis manifested as intestinal ischaemia.

Clinical case: A 50-year-old male was admitted to the emergency room with a history of chronic abdominal pain that worsened in the last 24 hours. He showed signs of sepsis in the physical examination and was subjected to surgery, in which intestinal ischaemia was found due to a disseminated peritoneal cystic disease, which had led to mesentery retraction. An intestinal resection with an end-ileostomy was performed. The results of the biopsy of the cystic lesions was disseminated peritoneal echinococcosis. Medical treatment was started with albendazole and praziquantel.

Conclusion: This case shows a rare presentation of disseminated peritoneal hydatidosis, which led to intestinal ischaemia.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

La enfermedad hidatídica, o equinococosis, es causada por el parásito *Echinococcus granulosus*. Su presentación puede ser en toda la economía corporal, pero es el hígado el órgano más afectado (50-60%), seguido por los pulmones (30%) y otras localizaciones inusuales¹. Suele ser endémico en regiones del Mediterráneo, Sudáfrica, Sudamérica, y en Asia².

La rotura del quiste dentro de la cavidad peritoneal es una complicación rara y grave, en forma primaria se reporta cercana al 2%³. La anafilaxia o muerte súbita ha sido reportada³⁻⁵. Puede llegar a ser silente, lo cual es inusual, y el diagnóstico ser realizado años después^{6,7}.

Objetivo

Reportamos el caso de una hidatidosis peritoneal diseminada la cual se manifestó como una isquemia intestinal.

Caso clínico

Hombre de 50 años de edad, quien habitaba en condiciones precarias y básicas de urbanización, en convivencia con mascotas caninas. Con historia de dolor abdominal crónico de 2 años de evolución. Ingresó a urgencias por episodio de dolor abdominal, intenso, localizado en hipocondrio derecho, ataque al estado general y fiebre.

En la exploración se encontró estable, disneico, deshidratado, con abdomen globoso, distendido, peristalsis disminuida, doloroso a la palpación media y profunda en hipocondrio y flanco derecho, con datos de irritación peritoneal, resto sin alteraciones aparentes. Todos los estudios de laboratorio fueron normales a excepción de leucocitosis, en 12,000, con neutrofilia del 85%. El ultrasonido

abdominal y de pelvis evidenció múltiples imágenes multiquísticas y quísticas en la cavidad abdominal, algunas con áreas centrales ecogénicas, otras hiperecogénicas adheridas a asas de intestino delgado (fig. 1A,B). La tomografía contrastada de abdomen y pelvis mostró múltiples imágenes multiquísticas en hígado, la mayor de $10 \times 8 \times 3$ cm, con aspecto de roseta, con predominio en lóbulo derecho; otra imagen heterogénea en páncreas del mismo aspecto, dos imágenes heterogéneas en hueso pélvico orientadas de lado izquierdo de $5 \times 4 \times 4$ cm y $5 \times 4 \times 3$ cm, con una imagen intermedia calcificada de $2 \times 2 \times 1$ cm, que condicionaban retracción del mesenterio a nivel de íleon, con isquemia de asas de intestino delgado (fig. 1C).

Se procedió a realizar laparotomía exploradora, que corroboró isquemia intestinal de aproximadamente 2 m de intestino delgado desde 1.20 m del ligamento de Treitz hasta 20 cm de la válvula ileocecal, así como múltiples lesiones quísticas en hígado, la mayor de $10 \times 8 \times 3$ cm. En la cavidad peritoneal 3 lesiones quísticas en hueso pélvico, una calcificada, que condicionaban retracción mesentérica.

Se realizó resección intestinal con yeyunostomía terminal y toma de biopsias de las lesiones quísticas. El resultado histopatológico de las biopsias reportó múltiples vesículas colapsadas blanco-amarillas, translúcidas y friables, con pared quística de aspecto grisáceo, una membrana laminada acelular junto a una membrana germinal y presencia de un escólice (fig. 2A-C), con diagnóstico final de enfermedad hidatídica peritoneal diseminada.

El postoperatorio continuó sin eventualidades, siendo egresado a las 2 semanas de su cirugía y prosiguiendo su vigilancia por medio de la consulta externa, manteniéndose asintomático durante este periodo. El paciente recibió tratamiento médico con albendazol 400 mg 2 veces al día y praziquantel 600 mg una vez al día, por 6 meses, con mejoría de sus condiciones generales y adecuada adaptación del estoma.



Figura 1 A) El ultrasonido abdominal muestra imágenes heterogéneas multiquisticas en hígado. B) Imagen quística adherida a asa de intestino delgado. C) Corte coronal de tomografía computada de abdomen que muestra múltiples lesiones quísticas en hígado (Qh), en peritoneo (Qp) y una calcificada entre ellas (flecha).

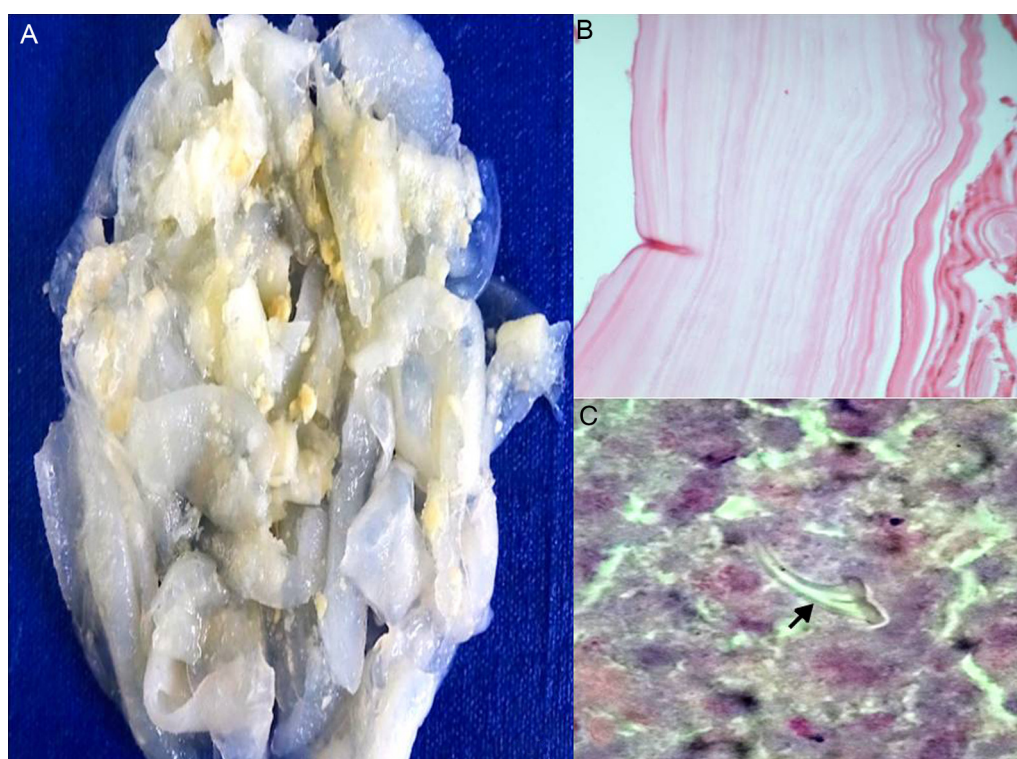


Figura 2 A) Vesículas colapsadas blanco-amarillas, translúcidas friables. B) Micrografía 4×, tinción con hematoxilina y eosina (HE), que muestra capa albugínea o cuticular externa laminada acelular. C) Micrografía 100× con tinción de HE que muestra gancho de 30 micras de *Echinococcus* sp. (flecha).

Discusión

La rotura intraperitoneal de un quiste hidatídico es una presentación clínica infrecuente, incluso en regiones endémicas, con una incidencia que varía del 1 al 8%. Usualmente ocurre secundario a la rotura de quistes hepáticos o esplénicos de forma espontánea o accidental durante una cirugía^{8,9}.

Aunque esta complicación puede llegar a ser totalmente silente, el dolor abdominal, la náusea, el vómito y la urticaria son los síntomas más comunes; también signos abdominales, como rebote y dolor, están generalmente presentes.

La liberación de líquido quístico dentro de la cavidad peritoneal lleva al desarrollo de múltiples quistes

diseminados, lo que resulta en distensión abdominal, ascitis y oclusión intestinal. La presencia de material hidatídico en histología o citología o escólices en el líquido de quiste confirman el diagnóstico.

Como parte del protocolo de diagnóstico, los estudios de laboratorio pueden mostrar alteración en las enzimas hepáticas como la gamma-glutamyl-transpeptidasa, fosfatasa alcalina y bilirrubinas, en especial cuando existe algún grado de comunicación cisto-biliar. Puede haber leucocitosis; la eosinofilia se encuentra en el 25 al 45% de los pacientes con quiste hidatídico en países occidentales, pero no es específica en áreas endémicas¹⁰. Los niveles de inmunoglobulina sérica son elevados en el 31% de los pacientes.

El ultrasonido abdominal generalmente es el primer estudio radiológico de investigación que determina el órgano de origen y las características del quiste. Su sensibilidad se aproxima al 90-95%¹¹. La tomografía abdominal tiene una alta sensibilidad (95-100%), dado que permite una caracterización más sensible de las lesiones¹².

De acuerdo con la clasificación sobre equinococosis realizada por el Grupo de Trabajo Informal de la OMS (WHO Informal Working Group Classification on Echinococcosis), el cual detalla la más reciente clasificación estandarizada basada en imágenes de ultrasonido y tomografía, nuestro paciente presentó múltiples tipos (CL, CE1, CE2, C4 y C5)¹³.

Otros estudios incluyen la inmunolectroforesis, que tiene un valor diagnóstico de 91-94% para quistes hepáticos hidatídicos y del 69-70% para los quistes pulmonares.

La sensibilidad para el ELISA varía desde un 64 hasta un 100%, dependiendo de los antígenos utilizados¹⁴.

El manejo médico con albendazol/praziquantel solo o como adyuvante a la cirugía es usado dependiendo del tamaño, la localización y la diseminación de los quistes.

La cirugía se mantiene como el tratamiento de elección, especialmente en quistes grandes y en la hidatidosis. El tipo de intervención quirúrgica debe ser individualizado para cada paciente. La escisión completa del quiste sin diseminación o rotura del quiste es lo ideal, pero no siempre es factible. En tales casos, la escisión parcial (si el quiste está en proximidad a estructuras vitales) con destechamiento y omentoplastia se debe llevar a cabo. Las más nuevas modalidades, como la punción, aspiración, inyección y reaspiración (PAIR), están presentando buenos índices de éxito.

En este caso especial, nuestro paciente tuvo isquemia intestinal, que condujo a resolver primero este padecimiento, para a priori continuar con el diagnóstico de las lesiones quísticas. La presentación como isquemia en esta ocasión es muy rara, no documentada previamente en la literatura. Se le otorgó como adyuvante manejo médico y presentó una mejoría significativa en las consultas ulteriores.

Conclusiones

Este reporte muestra la importancia de dar a conocer este padecimiento, que si bien la presentación documentada es propia de sitios endémicos, debe tenerse en cuenta la entidad como parte de un abordaje general en pacientes con un estrato socioeconómico bajo o en cercanía con animales transmisores, dado que nuestro país es susceptible.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gupta A, Kakkar A, Chadha M, Sathaye CB. A primary intrahepatic hydatid cyst presenting with foot drop and a gluteal swelling. *J Bone Joint Surg Br.* 1998;80:1037-9.
2. Yüksel O, Akyürek N, Sahin T, Salman B, Azili C, Bostanci H. Efficacy of radical surgery in preventing early local recurrence and cavity-related complications in hydatid liver disease. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:483-9.
3. Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: A review. *Int J Infect Dis.* 2009;13:125-33.
4. Castaneres-Zapatero D, Laterre PF. Ruptured hydatid cyst in a patient with shock. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2009;8:638-9.
5. Kurt N, Oncel M, Gulmez S, Ozkan Z, Uzun H. Spontaneous and traumatic intra-peritoneal perforations of hepatic hydatid cysts: A case series. *J Gastrointest Surg.* 2003;7:635-41.
6. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A, Zaouche A. Management of cystic echinococcosis complications and dissemination: Where is the evidence. *World J Surg.* 2009;33:1266-73.
7. Karakaya K. Spontaneous rupture of a hepatic hydatid cyst into the peritoneum causing only mild abdominal pain: A case report. *World J Gastroenterol.* 2007;13:806-8.
8. Singh R. A case of disseminated abdominal hydatidosis. *J Assoc Physicians India.* 2008;56:55.
9. Iuliano L, Gurgo A, Poletini E, Gualdi G, de Marzio P. Musculoskeletal and adipose tissue hydatidosis based on the iatrogenic spreading of cystic fluid during surgery: Report of a case. *Surg Today.* 2000;30:947-9.
10. Pitt HA, Korzellus J, Tompkins RK. Management of hepatic echinococcosis in Southern California. *Am J Surg.* 1986;152:110-5.
11. Sable S, Mehta J, Yadav S, Jategaokar P, Haldar PJ. Primary omental hydatid cyst: A rare entity. *Case Rep Surg.* 2012;2012:654282.
12. Kalovidouris A, Pissiotis C, Pontifex G, Gouliamos A, Pentea S, Papavassiliou C. CT characterization of multivesicular hydatid cysts. *J Comput Assist Tomogr.* 1986;10:428-31.
13. WHO Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Trop.* 2003;85:253-61.
14. Sadjjadi SM, Abidi H, Sarkari B, Izadpanah A, Kazemian S. Evaluation of enzyme-linked immunosorbent assay, utilizing native antigen B for serodiagnosis of human hydatidosis. *Iran J Immunol.* 2007;4:167-72.